

La presente es para adjuntar a la propuesta N° \_\_\_\_\_ o a la póliza N° \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante:**

Nombres y apellidos completos: .....  
Lugar y fecha de nacimiento: .....  
Tipo y N° de doc.: .....  
Domicilio: ..... Cod. Postal: ..... Localidad: .....  
Profesión u ocupación principal: ..... ¿desde cuándo? .....  
Profesión u ocupación secundaria: .....  
Realiza deportes: ..... Cuáles? ..... ¿desde cuándo? .....  
Perdió peso en el último año? .....  
Fuma?: ..... Cantidad: ..... Bebe? ..... Cantidad: .....  
Estatura: ..... mts. .... Peso: ..... kg. ....

¿Ha sufrido de?:

Fiebres en intervalos o persistente: .....  
Sudoraciones nocturnas persistentes: .....  
Pérdida de peso inexplicable: .....  
Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentados de tamaño: .....  
Repetidos ataques de diarrea o diarrea crónica: .....  
Tos persistente u otras enfermedades graves de las vías respiratorias: .....  
Enfermedades dermatológicas: .....  
Hepatitis B o enfermedades transmitidas por contactos sexuales (sífilis, gonorrea) incluyendo lesiones, alteraciones o secreciones genitales: .....  
¿Ha recibido alguna vez transfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos cinco años? .....  
Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre, por qué? .....  
Autoriza a la entidad a solicitar informes acerca de su salud a los médicos que le han asistido? .....

**¿Ha sufrido en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias?**

- |                                                       |                                                              |                                                          |                                                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acidez o dolores de estómago | <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar              | <input type="checkbox"/> Mareos intensos o frecuentes    | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre               |
| <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Dolores articulares                 | <input type="checkbox"/> Ronquera persistente            | <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados o hinchados |
| <input type="checkbox"/> Cólicos intestinales         | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza persistentes      | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina              | <input type="checkbox"/> Hemorroides                     |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                 | <input type="checkbox"/> Dolores de oído frecuentes o agudos | <input type="checkbox"/> Temblores                       | <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas            |
| <input type="checkbox"/> Chancros                     | <input type="checkbox"/> Opresión o palpitaciones cardíacas  | <input type="checkbox"/> Tos o expectoración abundante   | <input type="checkbox"/> Ictericia                       |
| <input type="checkbox"/> Deposiciones con sangre      | <input type="checkbox"/> Eczemas                             | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos o mentales |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Desmayos                     | <input type="checkbox"/> Expectoración con sangre            | <input type="checkbox"/> Trastornos visuales             |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes          | <input type="checkbox"/> Fatiga respiratoria                 | <input type="checkbox"/> Varices                         |                                                          |

**Padece o ha padecido de alguna de las enfermedades abajo detalladas ?**

- |                                                  |                                                                    |                                     |                                                                                |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Enf. del riñón o de la vejiga             | <input type="checkbox"/> Gota       | <input type="checkbox"/> Sífilis                                               |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis             | <input type="checkbox"/> (cólicos, cálculos)                       | <input type="checkbox"/> Paludismo  | <input type="checkbox"/> Enf. del hígado o vesícula biliar (cólicos, cálculos) |
| <input type="checkbox"/> Apoplejía               | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón                  | <input type="checkbox"/> Parálisis  | <input type="checkbox"/> Tumores                                               |
| <input type="checkbox"/> Brucelosis              | <input type="checkbox"/> Enf. del estómago o intestinos            | <input type="checkbox"/> Pleuresía  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> (dispepsia, úlcera, disentería)           | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Escarlatina                                           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Enf. de los ojos, garganta, nariz u oídos | <input type="checkbox"/> Sida       | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                             |
| <input type="checkbox"/> Otra/s: .....           | Fecha: .....                                                       | Tratamiento: .....                  |                                                                                |

¿Le practicaron algún análisis de orina, sangre, de esputos o de líquido céfalo-raquídeo? ..... ¿Cuándo, por qué causas y cuál fue el resultado? .....

¿Le fue tomada la presión sanguínea? ..... ¿Cuándo, por qué causas y cuál fue el resultado? .....

¿Le han realizado radiografías, radioscopias, endoscopias, o electrocardiogramas u otras investigaciones? ..... ¿Cuándo y por qué? .....

¿Se halla o estuvo sometido a regímenes alimenticios o tratamientos? ..... ¿Por qué causas? ..... ¿Desde cuándo? .....

¿Aumentó o disminuyó de peso en el último año? ..... ¿En cuánto y por qué? .....

¿Ha sufrido algún accidente, herida o intervención quirúrgica? ..... ¿En qué consistió? (Fecha, consecuencia y médico que lo asistió? .....

¿Estuvo internado en algún hospital, sanatorio o estación climática? ..... ¿Fecha, dónde y por qué? .....

¿Adolece de algún defecto físico? (Cojera, amputaciones, etc.) .....

Actualmente se considera sano? .....

Nombre y dirección de su médico de cabecera: .....

¿Cuándo y por cuánto tiempo ha estado consultando a su médico? ..... motivo: .....

¿Ha consultado en los últimos cinco años a otro médico? (Indicar nombre y dirección) ..... motivo: .....

¿Ha leído las contestaciones consignadas en este formulario, dadas por usted al representante de la entidad y las considera completas? .....

¿Releva del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en lo futuro? .....

RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art- 5° párrafo 2° Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es: .....

En ....., el ..... de ..... de 20.....

Firma del Solicitante

Aclaración